

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN BỎNG MẮC COVID-19

Đoàn Chí Thanh, Hoàng Văn Tú, Nguyễn Hồng Thái,
Nguyễn Thị Thuỳ Liên, Lê Thị Dung
Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định một số đặc điểm và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân bông mắc COVID-19.

Đối tượng và phương pháp: Sử dụng phương pháp nghiên cứu hồi cứu trên 58 hồ sơ bệnh án bệnh nhân bông mắc COVID-19 và 522 hồ sơ bệnh án bệnh nhân không bông không mắc COVID-19 điều trị nội trú tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác, thời gian từ tháng 01/2022 đến tháng 5/2022.

Kết quả: Số bệnh nhân nam (44) nhiều hơn nữ (14), nhiễm COVID-19 chủ yếu trong giai đoạn đang nằm điều trị tại bệnh viện (74,14%). Bệnh nhân trong độ tuổi dưới 6 tuổi và từ 18 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao (41,38% và 44,83%). Tác nhân gây bông hàng đầu là nhiệt ướt (44,06%). Diện tích bông chung và bông sâu dưới 10% diện tích cơ thể là chủ yếu (56,90% và 65,90%), bệnh nhân được xét nghiệm test nhanh dương tính chủ yếu sau khi vào viện < 7 ngày. Hầu hết các bệnh nhân có triệu chứng sốt khi được test nhanh kháng nguyên dương tính (75,86%). Nhóm bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên chủ yếu đã được tiêm 1, 2 mũi vaccine phòng COVID-19. 60,34% bệnh nhân được can thiệp phẫu thuật sau khi xét nghiệm COVID-19 âm tính, 72,41% được dùng kháng sinh, 46,55% được truyền dịch.

Bệnh nhân xét nghiệm âm tính chủ yếu trong vòng 2 tuần sau khi xét nghiệm dương tính. Ngày điều trị trung bình ở nam là $42,68 \pm 25,63$ ngày, ở nữ ($35,43 \pm 16,76$ ngày). Nhóm tuổi từ 18 tuổi có ngày nằm trung bình nhiều hơn hẳn ($46,54 \pm 26,82$), bệnh nhân bông điện có thời gian nằm điều trị lâu nhất ($56,18 \pm 26,49$). Tất cả các bệnh nhân nhiễm COVID-19 đều được điều trị ổn định, xét nghiệm test nhanh âm tính, về các khoa tiếp tục điều trị (91,38%) hoặc ra viện tại đơn nguyên COVID-19 (8,62%).

Kết luận: Bệnh nhân bông nhiễm COVID-19 là nhóm bệnh nhân cần chăm sóc, điều trị đặc biệt. Công tác điều trị bệnh nhân cần đi kèm các biện pháp phòng, chống dịch, ngăn chặn dịch bùng phát trong cơ sở y tế. Cần nâng cao kiến thức sơ cấp cứu bông cho người dân bên cạnh việc thực hiện nghiêm các khuyến cáo về công tác phòng chống dịch của các cơ quan, ban ngành.

Từ khóa: Bông, đặc điểm dịch tễ, điều trị, COVID-19

Chịu trách nhiệm: Đoàn Chí Thanh, Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác

Email: doctor.thanh18@gmail.com

Ngày gửi bài: 10/6/2023; Ngày nhận xét: 15/7/2023; Ngày duyệt bài: 29/10/2023

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.5.2023.262>

ABSTRACT

Objectives: Identify some characteristics and evaluate the results of treatment of burn patients with COVID-19.

Materials and methods: Using a retrospective study method on 58 medical records of burn patients with COVID-19 inpatient treatment at the National Burn Hospital, from January 2022 to May 2022.

Result: The number of male patients (44) was higher than that of women (14), infected with COVID-19 mainly during the period of being hospitalized (74.14%). Patients aged under 6 years old and 18 years old accounted for a high proportion (41.38% and 44.83%). The leading cause of burns is wet heat (44.06%). General and deep burns of less than 10% of the body area are mainly (56.90% and 65.90%), patients tested positive by rapid tests mainly after admission < 7 days. Most of the patients had symptoms of fever when the rapid antigen test was positive (75.86%). The group of patients aged 18 and over was mainly vaccinated with 1 or 2 doses of COVID-19 vaccine. 60.34% of patients received surgical intervention after a negative COVID-19 test, 72.41% received antibiotics, and 46.55% received intravenous fluids.

Patients tested negative mostly within 2 weeks of testing positive. The mean treatment day in men was 42.68 ± 25.63 , in women (35.43 ± 16.76). The age group from 18 years old had significantly more average days of lying down (46.54 ± 26.82), and electric burn patients had the longest length of stay (56.18 ± 26.49). All patients infected with COVID-19 were treated stably, had a negative rapid test, returned to the departments for continued treatment (91.38%), or discharged from the COVID-19 unit (8.62%).

Conclusion: Burn patients infected with COVID-19 are a group of patients who need special care and treatment. The treatment of patients should be accompanied by measures to prevent and control the epidemic and to prevent outbreaks in medical facilities. It is necessary to improve the people's knowledge of first aid for burns in addition to strictly following the recommendations on epidemic prevention and control of agencies and departments.

Keywords: Burns, epidemiological characteristics, treatment, COVID-19

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế giới (WHO), hàng năm, bỏng gây ra tổn thất khoảng 18 triệu năm sống bị mất do chết sớm (Years of Life Lost YLL) và số năm sống khỏe bị mất do bệnh tật (Years Lived with Disability YLD), hơn 250.000 ca tử vong trên toàn thế giới. Đặc biệt là hơn 90% trường hợp

tổn thương bỏng xảy ra ở các nước thu nhập thấp và trung bình [1].

Từ tháng 12 năm 2019, đại dịch COVID-19 đã dẫn đến tình trạng khẩn cấp về chăm sóc sức khỏe cộng đồng toàn cầu [2]. Dựa trên bằng chứng sơ bộ, hội chứng hô hấp cấp tính nặng do vi rút corona 2 (SARS-CoV-2) phổ biến hơn ở

những bệnh nhân có bệnh đi kèm, bao gồm cả bệnh nhân bị bỏng [3 - 5]. Điều trị bệnh nhân bỏng gặp nhiều khó khăn do khả năng bị nhiễm khuẩn cao, thời gian điều trị lâu dài [6]. Trong đại dịch COVID-19, nhiều quốc gia đã áp dụng các biện pháp cách ly xã hội, bao gồm hạn chế các hoạt động ngoài trời, điều này có thể dẫn đến tăng nguy cơ xảy ra thương tích do bỏng ở trong nhà [7].

Tuy nhiên, bằng chứng ban đầu trái ngược nhau về tỷ lệ bỏng trong đại dịch này [8 - 12]. Các quốc gia khác nhau đã chọn các biện pháp khác nhau để đối phó với khủng hoảng, chẳng hạn như thay đổi các ưu tiên phẫu thuật và điều trị bỏng ở mức độ hạn chế [7]. SARS-COV-2 có thể làm tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong ở bệnh nhân bỏng, đặc biệt là những bệnh nhân cần được chăm sóc đặc biệt và phẫu thuật [13]. Bên cạnh đó, đại dịch cũng làm cho những bệnh nhân bỏng dễ gặp những khó khăn hơn trong quá trình điều trị. Không có phác đồ nào để áp dụng khi phẫu thuật cho bệnh nhân bỏng do COVID-19, bệnh nhân thường được điều trị thử nghiệm bằng phương pháp bảo tồn và có thể không hợp lý.

Ngoài ra, các quy trình chăm sóc bệnh nhân bỏng nhiễm COVID-19 cũng khác nhau trên khắp thế giới dựa trên điều kiện thực tế của mỗi quốc gia đang phải trải qua [14]. Mặt khác, tình trạng thiếu nhân viên y tế dẫn đến việc cung cấp dịch vụ chăm sóc có chất lượng thấp hơn, điều này cuối cùng có thể làm gia tăng các biến chứng ở bệnh nhân bị bỏng [14]. Do đó, việc sàng lọc và cách ly bệnh nhân bỏng mắc COVID-19

với bệnh nhân không mắc COVID-19 là một vấn đề chính [15].

Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác trong giai đoạn dịch COVID-19 bùng phát vừa phải làm tốt công tác phòng dịch vừa duy trì công tác thu dung, điều trị bệnh nhân. Để góp phần đánh giá hiệu quả công tác điều trị của bệnh viện và nắm bắt được những đặc điểm của bệnh nhân bỏng mắc COVID-19, chúng tôi đã lựa chọn đề tài nghiên cứu này để thực hiện.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân bỏng nhiễm COVID-19 và không nhiễm COVID-19 điều trị nội trú tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác từ tháng 01/2022 đến tháng 5/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu, thống kê các đặc điểm chỉ tiêu nghiên cứu.

+ Lấy toàn bộ bệnh án của bệnh nhân bỏng điều trị tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác từ tháng 01/2022 đến 05/2022 trên mạng nội bộ của bệnh viện, từ đó thống kê những đặc điểm cơ bản của bệnh nhân bỏng nhiễm COVID-19 và không nhiễm COVID-19, tổng hợp kết quả điều trị.

+ Phân tích các đặc điểm của bệnh nhân bỏng nhiễm COVID-19 và kết quả điều trị.

* *Xử lý số liệu:* Các kết quả nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS. Các số liệu được biểu diễn dưới dạng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn, tỷ lệ phần trăm.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm bệnh nhân bồng nhiễm COVID-19 điều trị tại Bệnh viện Bồng Quốc gia Lê Hữu Trác từ tháng 01/2022 - 05/2022

Bảng 3.1. Đặc điểm dịch tễ bệnh nhân bồng

Đặc điểm		Không nhiễm COVID-19		Nhiễm COVID-19	
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Giới	Nam	362	69.35	44	75.86
	Nữ	160	30.65	14	24.14
Nơi chốn	Thành thị	146	27.97	16	27.59
	Nông thôn	376	72.03	42	72.41
Nhóm tuổi	Dưới 6 tuổi	181	34.67	24	41.38
	6 đến 11 tuổi	27	5.17	6	10.34
	12 đến 17 tuổi	30	5.75	2	3.45
	18 tuổi trở lên	284	54.41	26	44.83
Nhóm tác nhân gây bồng	Điện	85	16.28	17	29.31
	Hóa chất	4	0.77	0	0
	Nhiệt khô	203	38.89	15	25.86
	Nhiệt ướt	230	44.06	26	44.83

Nhận xét: Ở cả hai nhóm nhiễm COVID-19 và không nhiễm COVID-19, tỷ lệ nam nhiều hơn nữ (75,86% và 69,35% so với 24,14% và 30,65%), bệnh nhân đến từ nông thôn nhiều hơn thành thị (72,41% và 72,03% so với 27,59% và 27,97%), bệnh

nhân là người trong độ tuổi lao động từ 18 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất (44,83% và 54,41%). Tác nhân gây bồng hàng đầu của cả hai nhóm bệnh nhân đều là nhiệt ướt, lần lượt là 44,83% và 44,06%.

Bảng 3.2. Diện tích tổn thương bồng

Diện tích bồng (DTCT)	Không nhiễm COVID-19				Nhiễm COVID-19			
	Diện tích bồng chung		Diện tích bồng sâu		Diện tích bồng chung		Diện tích bồng sâu	
	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
Dưới 10%	295	56,51	222	78,17	32	55,17	20	76,92
10 đến 19%	124	23,75	32	11,27	14	24,14	5	19,24
20 đến 29%	42	8,05	13	4,58	5	8,62	1	3,84

Diện tích bông (DTCT)	Không nhiễm COVID-19				Nhiễm COVID-19			
	Diện tích bông chung		Diện tích bông sâu		Diện tích bông chung		Diện tích bông sâu	
	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
30 đến 39%	29	5,56	6	2,12	4	6,90	0	0
40 đến 49%	10	1,92	2	0,70	1	1,72	0	0
50 đến 59%	7	1,34	4	1,40	1	1,72	0	0
60 đến 69%	5	0,96	3	1,06	1	1,72	0	0
70 đến 79%	1	0,19	2	0,70	0	0	0	0
80 đến 89%	3	0,57	0	0	0	0	0	0
90 đến 100%	6	1,15	0	0	0	0	0	0
Tổng	522	100	284	100	58	100	26	100

Nhận xét: Ở nhóm bệnh nhân không nhiễm COVID-19 chủ yếu có diện tích bông chung và bông sâu dưới 10% diện tích cơ thể (56,51% và 78,17%). Diện tích bị bông tỷ lệ nghịch với số lượng bị bông. Điểm này

cũng tương đồng với nhóm bệnh nhân nhiễm COVID-19 với diện tích bông chung và bông sâu dưới 10% diện tích cơ thể lần lượt là 55,17% và 76,92%.

Bảng 3.3. Bệnh toàn thân, tổn thương kèm theo, bông vùng đặc biệt

Bệnh toàn thân Tổn thương kèm theo Bông vùng đặc biệt	Không nhiễm COVID-19		Nhiễm COVID-19	
	Số lượng	%	Số lượng	%
Tăng huyết áp	11	2,11	0	0
Tâm thần	6	1,15	1	1,72
Nghiện rượu	3	0,57	1	1,72
Tim mạch	3	0,57	0	0
Xơ gan	3	0,57	1	1,72
Đái tháo đường	12	2,30	1	1,72
Tai biến mạch máu não	4	0,77	0	0
Chấn thương kết hợp	5	0,96	0	0
Bông mắt	3	0,57	0	0
Bông hô hấp	15	2,87	0	0
Bông đường tiêu hóa	3	0,57	1	1,72
Không có bệnh kèm theo	454	87,56	53	91,40
Tổng	522	100	58	100

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân bỏng nhiễm Covid-19, chỉ có 4 bệnh nhân mắc bệnh kèm theo là tâm thần, nghiện rượu, xơ gan, ĐTĐ, và 01 bệnh nhân bỏng

đường tiêu hóa. Số bệnh nhân có bệnh lý đi kèm, chấn thương kết hợp, bỏng vùng đặc biệt chiếm 12,44% trong nhóm bệnh nhân bỏng không nhiễm Covid-19.

Bảng 3.4. Bệnh nhân bỏng nhập viện theo thời gian

Nhóm bệnh nhân	Tháng 01		Tháng 02		Tháng 3		Tháng 4		Tháng 5	
	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
Không nhiễm COVID-19	117	22,41	98	18,77	133	25,48	128	24,52	46	8,82
Nhiễm COVID-19	6	10,34	22	37,94	28	48,28	1	1,72	1	1,72

Nhận xét: Số bệnh nhân không nhiễm COVID-19 vào viện trong các tháng 1, 2, 3, 4 tương đối đồng đều, giảm mạnh vào tháng 5. Số bệnh nhân nhiễm COVID-19 vào viện chủ yếu trong tháng 2 và tháng 3, giảm mạnh vào tháng 4, 5.

Bảng 3.5. Mối quan hệ giữa nhóm tuổi và tác nhân gây bỏng ở bệnh nhân bỏng nhiễm COVID-19

Tác nhân	Nhóm tuổi				Tổng (%)
	Dưới 6 tuổi	6 - 11	12 - 17	Từ 18 tuổi	
Nhiệt khô	3	4	1	7	15 (25,86)
Nhiệt ướt	21	2	1	2	26 (44,83)
Điện	0	0	0	17	17 (29,31)
Tổng	24	6	2	26	58 (100)

Nhận xét: Đối với nhóm tuổi dưới 6 tuổi, tác nhân gây bỏng chính là nhiệt ướt với 21/24 trường hợp. Nhóm từ 18 tuổi thì

tác nhân gây bỏng chiếm tỷ lệ cao nhất là bỏng điện với 17/26 trường hợp. Nhiệt ướt vẫn là tác nhân gây bỏng với tỷ lệ cao nhất ở nhóm bệnh nhân bỏng nhiễm COVID-19 với 26/58 trường hợp.

Bảng 3.6. Thời gian test nhanh kháng nguyên dương tính sau khi nhập viện

Thời gian	Số lượng	Tỷ lệ %
< 7 ngày	29	50,00
7 - 14 ngày	14	24,14
> 14 ngày	15	25,86
Tổng	58	100

Nhận xét: Số bệnh nhân được xét nghiệm test nhanh dương tính sau khi vào viện < 7 ngày chiếm 50%, trong đó có 15 trường hợp (25,86%) được phát hiện khi bắt đầu nhập viện tại Khoa Khám bệnh. Các trường hợp còn lại ở các Khoa Hồi sức cấp cứu (4 bệnh nhân), Khoa Điều trị Bỏng Người lớn (18 bệnh nhân), Khoa Điều trị Bỏng Trẻ em (17 bệnh nhân), Khoa Vật lý trị liệu & Phục hồi chức năng (4 bệnh nhân).

Bảng 3.7. Triệu chứng khi test nhanh dương tính

Triệu chứng	Số lượng	% (n = 58)
Sốt	44	75,86
Ho	15	25,86
Khó thở	1	1,72
Tiêu chảy	4	6,90

Nhận xét: Hầu hết các bệnh nhân đều có triệu chứng sốt khi được test nhanh kháng nguyên dương tính (75,86%). Triệu chứng ho chỉ xuất hiện ở 25,86% bệnh nhân. Triệu chứng tiêu chảy và khó thở chiếm tỷ lệ rất thấp (6,90% và 1,72%).

Bảng 3.8. Tiêm phòng vắc xin

Nhóm tuổi	Số mũi vaccine tiêm			
	0	1	2	3
Dưới 6 tuổi	24	0	0	0
6 đến 11 tuổi	6	0	0	0
12 đến 17 tuổi	1	1	0	0
18 tuổi trở lên	1	10	15	0

Nhận xét: Nhóm tuổi dưới 6 tuổi và 6 - 11 tuổi chưa được tiêm phòng COVID-19. Nhóm tuổi từ 18 tuổi trở lên có 26 bệnh nhân, chủ yếu đã được tiêm 1, 2 mũi vắc xin phòng COVID-19.

Bảng 3.9. Chỉ số xét nghiệm đông máu

Chỉ số	APTT (s)	PT (s)	Fibrinogen (g/l)
X ± SD	35,29 ± 6,84	17,96 ± 7,3	4,9 ± 2,43

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân đều có chỉ số APTT trong giới hạn bình thường, chỉ có 02 bệnh nhân có chỉ số APTT tăng cao > 50s. Chỉ số PT ở hầu hết các bệnh nhân đều > 13,8s. Có 11 bệnh nhân có chỉ số fibrinogen > 4g/l.

3.2. Điều trị và kết quả điều trị

Bảng 3.10. Các biện pháp điều trị

Biện pháp điều trị	Số lượng	%
Truyền dịch	27	46,55
Hạ sốt	27	46,55
Kháng sinh	42	72,41
Corticoid	1	1,72
Thở máy	1	1,72
Phẫu thuật	26	44,83

Nhận xét: 44,83% bệnh nhân phải can thiệp phẫu thuật. Đa số bệnh nhân phải dùng kháng sinh (72,41%). Bệnh nhân phải truyền dịch và dùng hạ sốt chiếm 46,55%. Chỉ có 01 bệnh nhân phải thở máy, dùng corticoid.

Bảng 3.11. Phẫu thuật theo nguyên nhân

Nhóm nguyên nhân	Không nhiễm COVID-19		Nhiễm COVID-19	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhiệt khô	119	41,90	08	30,77
Nhiệt ướt	86	30,28	03	11,54
Điện	76	26,76	15	57,69
Hóa chất	3	1,06	0	0
Tổng	284	100	26	100

Nhận xét: Bệnh nhân bỏng sâu trong nhóm nhiễm COVID-19 đều phải can thiệp phẫu thuật (44,83%). Đứng đầu trong nhóm phải can thiệp phẫu thuật là do bỏng điện (57,69%).

Bảng 3.12. Thời gian test nhanh kháng nguyên âm tính

Thời gian	Số lượng	Tỷ lệ %
< 7 ngày	29	50,00
7- 14 ngày	27	46,55
> 14 ngày	2	3,45

Nhận xét: Các bệnh nhân được xét nghiệm âm tính chủ yếu trong vòng 2 tuần sau khi xét nghiệm dương tính. Trong đó số bệnh nhân được xét nghiệm âm tính trong vòng 01 tuần sau khi xét nghiệm dương tính chiếm 50%.

Bảng 3.13. Ngày nằm trung bình theo các yếu tố dịch tễ

Đặc điểm		Không nhiễm COVID-19		Nhiễm COVID-19		p
		Số lượng	X ± SD	Số lượng	X ± SD	
Giới	Nam	362	27,2 ± 21,42	44	42,68 ± 25,63	< 0,05
	Nữ	160	21,00 ± 15,45	14	35,43 ± 16,76	< 0,05
Nhóm tuổi	Dưới 6 tuổi	181	21,37 ± 13,44	24	37,17 ± 20,71	< 0,05
	6 -11 tuổi	27	29,72 ± 21,92	6	30,67 ± 16,42	> 0,05
	12 - 17 tuổi	30	30,41 ± 25,54	2	44,00 ± 38,18	> 0,05
	Từ 18 tuổi	284	26,85 ± 22,17	26	46,54 ± 26,82	< 0,05
Nhóm nguyên nhân gây bỏng	Điện	85	39,18 ± 27,00	17	56,18 ± 26,49	< 0,05
	Hóa chất	4	25,98 ± 17,41	0		
	Nhiệt khô	203	25,08 ± 20,17	15	43,13 ± 16,91	< 0,05
	Nhiệt ướt	230	20,36 ± 13,45	26	30,85 ± 20,63	< 0,05

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân bỏng nhiễm COVID-19.

- Ngày điều trị trung bình ở nam là (42,68 ± 25,63), nữ là (35,43 ± 16,76).

- Bệnh nhân nhóm tuổi từ 18 tuổi có số ngày nằm trung bình nhiều nhất so với các nhóm tuổi khác (46,54 ± 26,82 tuổi).

- Bệnh nhân bỏng điện có thời gian nằm điều trị lâu nhất (56,18 ± 26,49 ngày).

- Thời gian điều trị của nhóm bệnh nhân nhiễm COVID-19 hầu hết đều dài hơn so với nhóm bệnh nhân không nhiễm COVID-19, sự khác biệt có ý nghĩa với p < 0,05.

Bảng 3.14. Ngày nằm trung bình theo diện tích bỏng chung

Diện tích bỏng	Không nhiễm COVID-19		Nhiễm COVID-19		p
	Số lượng	X ± SD	X ± SD	Số lượng	
Bỏng dưới 10% DTCT	295	20,89 ± 16,2	38,72 ± 23,01	32	< 0,05
Bỏng từ 10 đến 19% DTCT	124	25,75 ± 19,54	34,29 ± 24,47	14	> 0,05
Bỏng từ 20 đến 29% DTCT	42	36,7 ± 22,42	67,00 ± 23,18	5	< 0,05
Bỏng từ 30 đến 39% DTCT	29	45,53 ± 21,20	51,25 ± 15,09	4	> 0,05
Bỏng từ 40 đến 49% DTCT	10	50,76 ± 21,16	41	1	
Bỏng từ 50 đến 59% DTCT	7	51,28 ± 30,42	17	1	
Bỏng từ 60 đến 69% DTCT	5	53,78 ± 27,45	57	1	
Bỏng từ 70 đến 79% DTCT	1	12,44	0	0	
Bỏng từ 80 đến 89% DTCT	3	3,94 ± 2,87	0	0	
Bỏng từ 90 đến 100% DTCT	6	4,58 ± 4,16	0	0	

Nhận xét: Ở cả hai nhóm bệnh nhân nhiễm và không nhiễm COVID-19 có diện tích bóng < 39% số ngày nằm viện tỷ lệ thuận với diện tích bóng. Ở nhóm bệnh nhân nhiễm COVID-19 có diện tích bóng < 10% và từ 20 - 29% có số ngày điều trị nhiều hơn so với nhóm không nhiễm ($38,72 \pm 23,01$ và $20,89 \pm 16,2$), ($67 \pm 23,18$ và $36,7 \pm 22,42$), sự khác biệt này có ý nghĩa với $p < 0,05$.

Bảng 3.15. Kết quả điều trị chung

Kết quả điều trị	Số lượng	(%)
Về khoa điều trị	53	91,38
Ra viện tại đơn nguyên	5	8,62
Chuyển viện 103	0	0
Tử vong	0	0

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân nhiễm COVID-19 đều được điều trị ổn định, xét nghiệm test nhanh âm tính, về các khoa tiếp tục điều trị (91,38%) hoặc ra viện tại đơn nguyên Covid-19 (8,62%), không có trường hợp tử vong.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân bỏng nhiễm COVID-19

4.1.1. Đặc điểm dịch tễ

Đại dịch COVID-19 đã tác động rất lớn đến mọi mặt đời sống kinh tế, chính trị, xã hội. Dịch bệnh cũng tạo áp lực rất lớn cho hệ thống y tế toàn cầu. Bên cạnh lo ngại bệnh viện trở thành nơi lây nhiễm bệnh COVID-19, người dân giảm sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe thiết yếu dẫn đến nhiều hệ quả khác nhau. Để giảm thiểu phơi nhiễm và tối đa hóa năng lực của lực lượng y tế, nhiều bệnh viện đã hoãn các thủ thuật và phẫu

thuật theo chương trình, các dịch vụ không thiết yếu.

Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác cũng không nằm ngoài quy luật hoạt động chung của các cơ sở y tế hoạt động khi dịch COVID-19 bùng phát. Bệnh viện một mặt phải đảm bảo công tác phòng chống dịch nhưng vẫn duy trì có hiệu quả công tác cấp cứu, thu dung điều trị bệnh nhân bỏng cũng như các mặt bệnh khác. Bệnh viện đã linh hoạt, chủ động thực hiện các hướng dẫn của các cơ quan, ban, ngành để đảm bảo các hoạt động của bệnh viện được thông suốt.

Tháng 02/2022 bệnh viện thành lập đơn nguyên COVID-19 có nhiệm vụ điều trị bệnh nhân thuộc mặt bệnh điều trị của bệnh viện nhiễm COVID-19. Bên cạnh việc duy trì nghiêm công tác sàng lọc tại Khoa Khám bệnh cũng như các khoa lâm sàng, hoạt động có hiệu quả của đơn nguyên COVID-19 đã góp phần quan trọng vào hoạt động của bệnh viện trong giai đoạn dịch COVID-19 bùng phát.

Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mô tả một số đặc điểm và kết quả điều trị bệnh nhân bỏng nhiễm COVID-19 tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác trong thời gian từ tháng 01/2022 đến tháng 5/2022.

Nghiên cứu này cho kết quả:

Ở cả hai nhóm nhiễm COVID-19 và không nhiễm COVID-19, tỷ lệ nam nhiều hơn nữ (75,86% và 69,35% so với 24,14% và 30,65%), bệnh nhân đến từ nông thôn nhiều hơn thành thị (72,41% và 72,03% so với 27,59% và 27,97%), bệnh nhân là người trong độ tuổi lao động từ 18 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất (44,83% và 54,41%). Tác nhân gây bỏng hàng đầu của cả hai nhóm bệnh nhân đều là nhiệt ướt, lần lượt là 44,83% và 44,06%. Trong mỗi

quan hệ giữa tác nhân gây bỏng và độ tuổi ở bệnh nhân bỏng nhiễm COVID-19 thì ở nhóm tuổi dưới 6 tuổi, tác nhân gây bỏng chính là nhiệt ướt với 21/24 trường hợp, nhóm từ 18 tuổi thì tác nhân gây bỏng chiếm tỷ lệ cao nhất là bỏng điện với 17/26 trường hợp.

Bệnh nhân nam chiếm đa số, có lẽ ở trẻ em do trẻ nam thường hiếu động hơn trẻ nữ và một phần do bất cẩn của người chăm lom, ở lứa tuổi cao hơn nam giới thường lao động những việc có nhiều nguy cơ bị bỏng như nghề điện, hàn xì, luyện kim, việc tiếp xúc với cùn... Bên cạnh đó lứa tuổi dưới 6 tuổi vẫn chưa được đến trường trong giai đoạn này. Lứa tuổi trên 6 tuổi đến 17 tuổi được đến trường theo lộ trình của chính phủ nên giảm nguy cơ bị bỏng. Khi ở nhà trẻ dễ bị bỏng, đặc biệt là do nhiệt ướt vì thiếu sự giám sát của người lớn.

Theo Wang D và cộng sự (2020), trong số 138 bệnh nhân nhập viện đã được xác định nhiễm COVID-19 thì tuổi trung bình là 56 tuổi và 75 tuổi (54,3%) là nam giới. Trong số những bệnh nhân này, 102 (73,9%) được đưa vào các khu cách ly và 36 (26,1%) được nhận và chuyển đến ICU do tiến triển suy đa tạng. Các bệnh nhân được nhận vào ICU lớn tuổi hơn và có nhiều bệnh kèm theo hơn những bệnh nhân không được nhận vào ICU. Điều này cho thấy tuổi tác và bệnh đi kèm có thể là những yếu tố nguy cơ dẫn đến kết quả xấu. Tuy nhiên, không có sự khác biệt về tỷ lệ nam và nữ giữa bệnh nhân vào ICU và bệnh nhân không vào ICU. Những dữ liệu này khác với báo cáo gần đây cho thấy nhiễm COVID-19 có nhiều khả năng ảnh hưởng đến nam giới hơn. Có thể giải thích rằng ca nhiễm nCoV ở những bệnh nhân trong báo cáo trước

đó có liên quan đến phơi nhiễm tại chợ bán buôn hải sản Hoa Nam và hầu hết bệnh nhân mắc bệnh là nam công nhân [4].

Theo Nguyễn Thống và cộng sự, tại Bệnh viện Xanh Pôn, Hà Nội trong 5 năm (2010 - 2014) thu dung điều trị: Bỏng trẻ em chiếm: (52,09%) tổng số bệnh nhân bỏng. Lứa tuổi hay gặp ở bỏng trẻ em 1 - 3 tuổi (54,5%). Trẻ em nam bị bỏng (55,7%) nhiều hơn trẻ em nữ (44,3%) [6]. Theo Trần Đoàn Đạo, Khoa Bỏng, Bệnh viện Chợ Rẫy trong 3 năm 2012 đến 2014 đã điều trị 2818 bệnh nhân trong đó nam chiếm 67,42%, nữ chiếm 32,58%, tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 2/1, bỏng do nhiệt (khô, ướt) chiếm tỷ lệ 60,82%, bỏng điện có tỷ lệ 37,82% [25].

Theo Ngô Minh Đức và cộng sự nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ và xu hướng bệnh nhân bỏng thu dung điều trị bỏng tại Viện Bỏng Quốc gia trong 10 năm, từ 2008 đến 2017 có kết quả: Bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 66,26%, tỷ lệ Nam/Nữ = 1,96/1. 43,49% là bệnh nhân là trẻ nhỏ từ 6 tuổi trở xuống, 43,39% là tỷ lệ bệnh nhân trong độ tuổi người lao động từ 20 đến 59 tuổi, bỏng nhiệt ướt chiếm tỷ lệ cao nhất 48,96%, bỏng do ngọn lửa là 26,62%, bỏng điện là 14,05%. Chủ yếu là bệnh nhân bỏng dưới 10% (chiếm 54,61%), bệnh nhân không có bỏng sâu chiếm 50,19%, bệnh nhân bị bỏng sâu chủ yếu gặp dưới 10% DTCT (39,14%) [26].

4.1.2. Số lượng bệnh nhân bỏng nhiễm COVID-19 theo thời gian

Số bệnh nhân nhiễm COVID-19 vào viện chủ yếu trong tháng 2 và tháng 3 vì đây là giai đoạn dịch bùng phát mạnh mẽ,

đặc biệt kể từ sau kỳ nghỉ tết Nguyên đán Nhâm Dần 2022.

Theo Ngô Minh Đức và cộng sự, bệnh nhân bỏng nhập viện tăng cao vào tháng 6, 7 số lượng bệnh nhân trung bình các tháng này là 271 và 283. Có lẽ đây là các tháng giao mùa, vào mùa hè và mùa thu dễ gây cháy nổ, bất cẩn trong lao động, sinh hoạt nên tỷ lệ bị bỏng cao hơn. Tổng kết theo mùa cũng cho thấy tỷ lệ bị bỏng nhập viện cao nhất vào mùa hè và mùa thu [26]. Như vậy so với số lượng bệnh nhân nhập viện ở các tháng đã giảm gần 1/2, nguyên nhân do tình hình dịch bệnh, tâm lý của người dân hạn chế tiếp xúc nên ngại đi khám chữa bệnh đối với các trường hợp bỏng nhẹ, bên cạnh đó y tế địa phương cũng hạn chế chuyển bệnh nhân lên tuyến trên.

Theo Altiner S và cộng sự (2022), từ ngày 11/3/2020 đến 11/6/2020, đây là giai đoạn cao điểm của dịch có 171 bệnh nhân bỏng được nhập viện điều trị, số lượng bệnh nhân giảm đi rất nhiều so với cùng kỳ của năm 2019 (458 bệnh nhân), với 91 (53,2%) nam và 80 (46,8%) nữ. Khi được phân chia theo nhóm tuổi, 36 (21,1%) bệnh nhân ở độ tuổi từ 0 và 12 tuổi, 11 (6,4%) ở độ tuổi từ 13 đến 18 tuổi, 117 (68,4%) từ 19 đến 59 và 7 (4,1%) từ 60 tuổi trở lên. Khi phân độ bỏng, có 5 (2,9%) bệnh nhân bỏng độ 1, 163 (95,3%) bỏng độ 2 và 3 (1,8%) bỏng độ 3. Số lượng bệnh nhân bỏng [22].

Theo Farroha A (2020), số bệnh nhân bỏng giảm 63% trong cùng kỳ so với giai đoạn trước COVID-19. Việc giảm con số này là do thực tế mọi người đã dành thời gian ở nhà với gia đình, các quy định về giãn cách xã hội được thực hiện, và mọi người cũng hạn chế đến bệnh viện do lệnh giới nghiêm được áp đặt. Trong các nghiên

cứu khác, người ta báo cáo rằng tỷ lệ nhập viện điều trị bỏng đã giảm 50% [23].

Theo Yamamoto R và cộng sự (2021), có ít bệnh nhân hơn trong thời gian xảy ra đại dịch so với những năm trước, ngoại trừ tháng 4 tháng 5; con số này giảm vào cuối năm 2020. Bỏng do nước nóng và do tiếp xúc gặp nhiều hơn ở chi trên, trong khi đó bệnh nhân bỏng do bị tấn công hoặc cố ý gặp ít hơn, thời gian nằm viện và tỷ lệ tử vong trong bệnh viện thấp hơn [24].

4.2. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân bỏng nhiễm Covid-19

Bệnh nhân bỏng nhiễm COVID-19 trong nghiên cứu của chúng tôi có một số đặc điểm sau. Số bệnh nhân được xét nghiệm test nhanh dương tính sau khi vào viện < 7 ngày chiếm 50%, còn sau 7 - 14 ngày và > 14 ngày lần lượt là 24,14% và 25,86%. Việc phát hiện kịp thời các trường hợp qua sàng lọc hoặc khi có triệu chứng để kịp thời cách ly có ý nghĩa rất quan trọng tránh để dịch lây lan trong bệnh viện, ảnh hưởng đến các bệnh nhân cũng như nhân viên y tế, đặc biệt là các trường hợp bệnh nhân nặng. Có nhiều trường hợp bệnh nhân được xét nghiệm dương tính khi không có các triệu chứng.

Hầu hết các bệnh nhân đều có triệu chứng sốt khi được test nhanh kháng nguyên dương tính (75,86%). Triệu chứng ho chỉ xuất hiện ở 25,86% bệnh nhân. Bệnh nhân có triệu chứng tiêu chảy và khó thở chiếm tỷ lệ rất thấp (6,90% và 1,72%). Theo Wang D và cộng sự (2020) Thời gian trung bình từ khi có các triệu chứng đầu tiên đến khi khó thở, nhập viện và ARDS lần lượt là 5 ngày, 7 ngày và 8 ngày. Các triệu chứng phổ biến nhất khi bắt đầu bệnh là sốt (136 [98,6%]), mệt mỏi (96 [69,6%]),

ho khan (82 [59,4%]), đau cơ (48 [34,8%]) và khó thở (43 [31,2%]). Các triệu chứng ít phổ biến hơn là nhức đầu, chóng mặt, đau bụng, tiêu chảy, buồn nôn và nôn. Tổng cộng có 14 bệnh nhân (10,1%) ban đầu bị tiêu chảy và buồn nôn 1 đến 2 ngày trước khi phát sốt và khó thở [4].

Trong số 138 bệnh nhân, có 64 bệnh nhân (46,4%) có 1 hoặc nhiều bệnh lý cùng tồn tại. Tăng huyết áp (43 [31,2%]), tiểu đường (14 [10,1%]), bệnh tim mạch (20 [14,5%]) và bệnh ác tính (10 [7,2%]) là những tình trạng cùng tồn tại phổ biến nhất [4]. Theo Lê Tiến Dũng và cộng sự qua nghiên cứu phân tích dữ liệu lâm sàng và cận lâm sàng của 359 bệnh nhân mắc COVID-19 được điều trị tại Bệnh viện Dã chiến Truyền nhiễm số 2, Bắc Giang từ 5/2021 - 6/2021. Phần lớn bệnh nhân có nhiều triệu chứng, đặc biệt ở nhóm có bệnh lý nền tỷ lệ bệnh nhân có > 1 triệu chứng (85,4%) cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không có bệnh lý nền (54,9%). Về dấu hiệu sốt, nhóm có bệnh lý nền có tỷ lệ 79,9%, trong khi nhóm không có bệnh lý nền chỉ có 9,9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Các triệu chứng ho và đau rát họng ở nhóm có bệnh lý nền cao hơn nhóm không có bệnh lý nền có ý nghĩa thống kê (77,1% và 89,6% so với 39,2% và 41,2%). Đặc biệt, biểu hiện suy hô hấp ở nhóm có bệnh lý nền là 52,1%, trong khi ở nhóm không có bệnh lý nền chỉ là 4,2%. Triệu chứng đau nhức cơ bắp và mất vị giác xuất hiện ở cả 2 nhóm, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nguy cơ sốt, đau rát họng, ho, suy hô hấp ở nhóm có bệnh lý nền cao hơn nhóm không có bệnh lý nền lần lượt 36 lần, 13 lần, 4 lần và 24 lần. Như vậy, ở nhóm có bệnh lý nền các triệu chứng lâm sàng đều xuất hiện và chiếm tỷ lệ cao [27].

Theo Ma S., và cộng sự (2020), cần xác định nguyên nhân gây sốt của bệnh nhân bằng cách hỏi chi tiết về tiền sử liên quan đến phơi nhiễm với COVID-19 cùng với chụp CT scan ngực và xét nghiệm máu định kỳ. Bồng nặng gây sốt có một số đặc điểm riêng biệt như bồng diện rộng, vết thương tiết nhiều hoặc sau phẫu thuật lớn. Sốt do tổn thương bồng không kèm theo ho trừ trường hợp bồng hô hấp [20].

Theo Chen N và cộng sự (2020), trong số 99 bệnh nhân bị viêm phổi do 2019-nCoV, 49 người (49%) có tiền sử tiếp xúc với chợ hải sản Hoa Nam. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 55.5 tuổi (SD 13.1), bao gồm 67 nam và 32 nữ. Các bệnh nhân được xác định dương tính với SARS-CoV-2 RT-PCR. 50(51%) bệnh nhân mắc bệnh mãn tính. Bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng sốt (82 [83%] bệnh nhân), ho (81 [82%] bệnh nhân), khó thở (31 [31%] bệnh nhân), đau cơ (11 [11%] bệnh nhân), lú lẫn (9 [9%] bệnh nhân), nhức đầu (8 [8%] bệnh nhân), đau họng (5 [5%] bệnh nhân), sổ mũi (4 [4%] bệnh nhân), đau ngực (2 [2%] bệnh nhân), tiêu chảy (2 [2%] bệnh nhân), buồn nôn và nôn (1 [1%] bệnh nhân) [3]. So với những bệnh nhân không được chăm sóc ICU (n = 102), những bệnh nhân cần được chăm sóc ICU (n = 36) già hơn đáng kể (tuổi trung bình, 66 tuổi [IQR, 57-78] so với 51 tuổi [IQR, 37-62]; p < 0,001) và có nhiều khả năng mắc các bệnh nền đi kèm, bao gồm tăng huyết áp (21 [58,3%] so với 22 [21,6%]), tiểu đường (8 [22,2%] so với 6[5,9%]), bệnh tim mạch (9 [25,0%] so với 11 [10,8%]) và bệnh mạch máu não (6 [16,7%] so với 1 [1,0%]). Khó thở, chóng mặt, đau bụng và chán ăn [4].

Triệu chứng sốt, tiêu chảy ở bệnh nhân bồng nhiễm COVID-19 rất dễ bị nhầm lẫn với triệu chứng do bồng hay tác nhân khác

gây nên, chính vì vậy khi xuất hiện các triệu chứng chỉ điểm, các bệnh nhân đều được làm xét nghiệm sàng lọc để phát hiện các trường hợp nhiễm COVID-19. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 01 bệnh nhân có triệu chứng khó thở, đây là bệnh nhân chuyển vào đơn nguyên COVID-19 từ Khoa Khám bệnh, có diện tích phổi chung, phổi sâu rộng, phải can thiệp thở máy. 04 bệnh nhân có triệu chứng tiêu chảy, nhưng sau điều trị 03 ngày các bệnh nhân đã ổn định.

Trong số 58 bệnh nhân nhiễm COVID-19, nhóm tuổi dưới 6 tuổi và 6 - 11 tuổi chưa được tiêm vắc xin phòng COVID-19 với tổng bệnh nhân là 30. Nhóm tuổi 12-17 có 01 bệnh nhân được tiêm vào 01 bệnh nhân không được tiêm. Nhóm tuổi từ 18 tuổi trở lên có 26 bệnh nhân, chủ yếu đã được tiêm 1, 2 mũi vắc xin phòng COVID-19. Tiêm vắc xin phòng COVID-19 là biện pháp hiệu quả để giảm thiểu tình trạng bệnh nhân chuyển nặng khi nhiễm COVID-19, góp phần kiểm soát dịch bệnh. Việc triển khai tiêm vaccine phòng COVID-19 được thực hiện theo lộ trình, khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới. Chính phủ đã nỗ lực hết sức đẩy mạnh chiến dịch tiêm vắc xin cho các đối tượng theo khuyến cáo.

Do thời gian thực hiện nghiên cứu của chúng tôi tiến hành từ tháng 01/2022 đến 05/2023 nên nhóm đối tượng trẻ em dưới 18 tuổi hầu như chưa được tiêm vắc xin phòng COVID-19. Nhóm từ 18 tuổi trở lên đã được tiêm vắc xin gần như hoàn toàn, đây có thể nói là sự thành công của công tác tiêm vắc xin phòng COVID-19, góp phần vào việc kiểm soát dịch bệnh.

Về kết quả xét nghiệm các chỉ số đông máu, hầu hết các bệnh nhân đều có chỉ số APTT trong giới hạn bình thường, chỉ có 02 bệnh nhân có chỉ số APTT tăng cao > 50s.

Chỉ số PT ở hầu hết các bệnh nhân đều > 13,8s. Có 11 bệnh nhân có chỉ số fibrinogen > 4g/l. Bông được coi là một tình trạng cấp tính liên quan đến nhiều rối loạn toàn thân, điển hình nhất là rối loạn đông máu [16], đây cũng là một biến chứng lớn ở bệnh nhân COVID-19 [17]. Biến chứng thuyên tắc huyết khối thường gặp ở những bệnh nhân bông nặng và đóng vai trò quan trọng làm tăng tỷ lệ tử vong. Có nhiều báo cáo đề cập đến nhu cầu tăng liều Heparin phân tử trọng lượng thấp (LWMH) ở bệnh nhân bông nặng [19].

4.3. Điều trị bệnh nhân bông nhiễm COVID-19

Số bệnh nhân phải dùng kháng sinh chiếm 72,41%. Bệnh nhân phải truyền dịch và dùng hạ sốt chiếm 46,55%. Chỉ có 01 bệnh nhân phải thở máy, dùng corticoid. Với việc chưa có thuốc đặc hiệu điều trị COVID-19, bệnh nhân bông nhiễm COVID-19 được điều trị theo đúng hướng dẫn của Bộ Y tế cùng với phác đồ điều trị bông, kết hợp điều trị toàn thân và tại chỗ. Hầu hết các bệnh nhân được điều trị triệu chứng và thực hiện các thủ thuật theo các khuyến cáo.

Theo Wang D. và cộng sự (2020), hầu hết bệnh nhân được điều trị bằng thuốc kháng vi-rút (Oseltamivir, 124 [89,9%]) và nhiều bệnh nhân được điều trị bằng kháng sinh (Moxifloxacin, 89 [64,4%]; Ceftriaxone, 34 [24,6%]; Azithromycin, 25 [18,1%]) và liệu pháp Glucocorticoid (62 [44,9%]). Trong ICU, 4 bệnh nhân (11,1%) được thở ô xy lưu lượng cao và 15(44,4%) được thở máy không xâm lấn. Cần thở máy xâm lấn ở 17 bệnh nhân (47,2%), 4 người trong số họ được sử dụng ECMO như một liệu pháp cấp cứu. Tổng cộng có 13 bệnh nhân

được dùng thuốc vận mạch và 2 bệnh nhân được điều trị thay thế thận [4].

Theo Đặng Hoàng Nga và cộng sự (2015), nghiên cứu tình hình thu dung người bệnh bỏng vào điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên cho thấy: 100% số trường hợp được chỉ định dùng kháng sinh toàn thân, tiêm chống uốn ván là 90,5%, dùng thuốc kháng histamin là 90,5%, giảm đau hạ sốt 80,5%, thuốc an thần 68,6%, truyền dịch 50,5% [28].

Theo Ma S. và cộng sự (2020), nên kéo dài thời gian giữa các lần thay băng tùy theo số lượng, tính chất dịch tiết và tiến triển của vết bỏng, có thể lên đến 2 - 3 ngày [20].

Theo Wang R. và cộng sự (2020) cần tận dụng các loại băng hiện đại như băng xốp có khả năng hút dịch và thực hiện liệu pháp hút áp lực âm để kéo dài khoảng thời gian giữa các lần thay băng [21].

35 bệnh nhân (60,34%) được can thiệp phẫu thuật sau khi điều trị Azithromycin âm tính. Đứng đầu trong nhóm phải can thiệp phẫu thuật là bệnh nhân bị bỏng điện (45,71%). Các bệnh nhân cần phẫu thuật đều không phải là can thiệp phẫu thuật cấp cứu nên được điều trị ổn định, xét nghiệm COVID-19 âm tính, về các khoa lâm sàng can thiệp phẫu thuật.

Theo Ma S. và cộng sự (2020), việc đặt nội khí quản, mở khí quản càng có nguy cơ phơi nhiễm cao. Không được bơm nước muối sinh lý vào ống nội khí quản để rửa vì gây ho dữ dội. Các thao tác xâm lấn như hút đờm và rửa phế quản cần được hạn chế tối đa. Các phương pháp điều trị phẫu thuật có thể được thực hiện kịp thời dựa trên quy trình phẫu thuật thông thường đối với những bệnh nhân đã nhập viện hơn 14 ngày và không có triệu chứng của COVID-19. Đối với các trường hợp mổ cấp cứu,

trước mổ phải chụp CT scan toàn bộ phổi, xét nghiệm máu và sàng lọc COVID-19 theo triệu chứng lâm sàng, dịch tể học [20].

Theo Huang Z. và cộng sự (2020) Phẫu thuật là điểm có nguy cơ phơi nhiễm lây nhiễm COVID-19 cao nhất trong điều trị sớm bệnh nhân bỏng. Đối với bệnh nhân chưa được khẳng định âm tính đối với xét nghiệm COVID-19, các quy trình cấp cứu như gây mê toàn thân hoặc đặt nội khí quản nên được thực hiện trong phòng mổ áp suất âm [22].

4.4. Kết quả điều trị

Tổn thương bỏng là nguyên nhân gây tổn thất về sức khỏe, kinh tế đáng kể, để lại nhiều hệ lụy về tinh thần và xã hội. Đánh giá kết quả điều trị bỏng người ta dùng các chỉ số như tình trạng khỏi ra viện, tỷ lệ tử vong, kết quả phẫu thuật, các biến chứng kèm theo, ngày nằm điều trị... Trong nghiên cứu này tất cả các bệnh nhân nhiễm COVID-19 đều được điều trị ổn định, xét nghiệm test nhanh âm tính, về các khoa tiếp tục điều trị (91,38%) hoặc ra viện tại đơn nguyên COVID-19 (8,62%).

4.4.1. Biến chứng

Bỏng là tổn thương da nhưng ảnh hưởng đến nội môi, lại nằm viện điều trị nhiều ngày, chính vì vậy dễ gặp những biến chứng nặng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 01 bệnh nhân bỏng nhiễm COVID-19 bị suy hô hấp phải can thiệp thở máy. Đây là bệnh nhân 04 tháng tuổi, bị bỏng nước sôi có diện tích bỏng chung 30%, diện tích bỏng sâu 11%. Bệnh nhân được điều trị tích cực và khi xét nghiệm COVID-19 âm tính được chuyển về Khoa Hồi sức cấp cứu tiếp tục điều trị, bệnh nhân khỏi và ra viện. Chính vì vậy nguy cơ bệnh nhân bỏng nhiễm COVID-19 bị các

biến chứng nặng trên vẫn còn có thể xảy ra. Kết quả trên có được do tổn thương bong gặp ở bệnh nhân nhiễm COVID-19 chủ yếu bong diện tích bong chung và diện tích bong sâu thấp và các ca bong nặng gặp phải đều được chăm sóc riêng biệt, tích cực.

Theo Chen N. và cộng sự (2020), nghiên cứu trên 99 bệnh nhân nhiễm COVID-19 thì nhiễm trùng COVID-19 khởi phát theo cụm, có nhiều khả năng ảnh hưởng đến nam giới lớn tuổi mắc các bệnh kèm theo và có thể dẫn đến các bệnh hô hấp nghiêm trọng và thậm chí gây tử vong như hội chứng suy hô hấp cấp tính. Nhìn chung, các đặc điểm của bệnh nhân tử vong phù hợp với thang điểm MuLBSTA, một mô hình cảnh báo sớm để dự đoán tỷ lệ tử vong do viêm phổi do vi rút [3].

Trong số 11 bệnh nhân ở lại ICU, 6 bệnh nhân được thở máy xâm lấn (1 trường hợp chuyển sang dùng ECMO) và 5 chuyển sang thở máy không xâm lấn). Các biến chứng phổ biến trong số 138 bệnh nhân bao gồm sốc (12 [8,7%]), ARDS (27 [19,6%]), rối loạn nhịp tim (23 [16,7%]) và tổn thương tim cấp tính (10 [7,2%]). Những bệnh nhân được chăm sóc trong ICU có nhiều khả năng mắc một trong những biến chứng này hơn những bệnh nhân không nằm trong ICU [4].

Về biến chứng rối loạn đông máu, Nguyễn Quang Đông nghiên cứu 104 bệnh nhân bong nặng, điều trị tại Viện Bông Quốc gia từ 4/2014 đến 3/2015 cho thấy, 25% bệnh nhân có thời gian PT kéo dài ở ngày 1; 7,8% ở ngày thứ 4 và 4,8% ở ngày thứ 7 sau bong. 9,6% bệnh nhân có thời gian APTT kéo dài ở ngày thứ 1; 13,5% ở ngày 4 và 12,5% ở ngày 7, không có bệnh nhân có Hội chứng DIC [29].

Theo Wang D. và cộng sự nghiên cứu

trên 138 bệnh nhân nhiễm COVID-19 thấy rằng, tình trạng giảm bạch cầu xảy ra ở 97 bệnh nhân (70,3%), kéo dài thời gian prothrombin ở 80 bệnh nhân (58%) và tăng lactate dehydrogenase ở 55 bệnh nhân (39,9%) [4].

4.2. Thời gian xét nghiệm COVID-19 âm tính

Các bệnh nhân được xét nghiệm âm tính chủ yếu trong vòng 2 tuần sau khi xét nghiệm dương tính. Trong đó số bệnh nhân được xét nghiệm âm tính trong vòng 01 tuần sau khi xét nghiệm dương tính chiếm 50%. Thời gian dương tính dài hay ngắn là do cơ địa mỗi người. Thông thường, người mắc COVID-19 sẽ âm tính trong khoảng 1 - 2 tuần từ khi nhiễm bệnh. Bệnh nhân tại đơn nguyên COVID-19 được xét nghiệm định kỳ bằng test nhanh kháng nguyên, khi âm tính được chuyển về khoa lâm sàng ở vùng đệm, tiếp tục theo dõi trong thời gian tiếp theo. Thời gian xét nghiệm về âm tính của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả của các nghiên cứu khác.

4.3. Ngày nằm điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy đối với nhóm bệnh nhân bong nhiễm COVID-19, ngày điều trị trung bình ở nam là $42,68 \pm 25,63$ ngày và ở nữ ($35,43 \pm 16,76$ ngày). Nhóm tuổi từ 18 tuổi có ngày nằm viện trung bình nhiều hơn so với các nhóm khác ($46,54 \pm 26,82$ ngày). Ở cả hai nhóm bệnh nhân nhiễm và không nhiễm COVID-19 có diện tích bong < 39% số ngày nằm viện tỷ lệ thuận với diện tích bong. Ở nhóm bệnh nhân nhiễm COVID-19 có diện tích bong < 10% và từ 20% - 29% có số ngày điều trị nhiều hơn so với nhóm không nhiễm ($38,72 \pm 23,01$ và $20,89 \pm$

16,2 ngày), ($67 \pm 23,18$ và $36,7 \pm 22,42$ ngày), sự khác biệt này có ý nghĩa với $p < 0,05$. Bệnh nhân bỏng điện có thời gian nằm điều trị lâu nhất ($56,18 \pm 26,49$ ngày). Thời gian điều trị của bệnh nhân nhiễm COVID-19 hầu hết đều kéo dài. Kết quả này có thể do bệnh nhân nhiễm COVID-19 có thời gian điều trị tại đơn nguyên COVID-19 chờ kết quả âm tính mới được về khoa lâm sàng, can thiệp phẫu thuật, tỷ lệ bệnh nhân nhiễm COVID-19 cần phẫu thuật tương đối lớn. Trong giai đoạn này bệnh viện lựa chọn biện pháp phẫu thuật trì hoãn đối với bệnh nhân nhiễm COVID-19.

Theo Wang D. và cộng sự (2020) trong số 138 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu này, 26% cần được chăm sóc tại ICU, 34,1% đã xuất viện, 6 bệnh nhân tử vong (4,3%) và 61,6% vẫn phải tiếp tục điều trị. Đối với những người đã xuất viện ($n = 47$), thời gian nằm viện trung bình là 10 ngày [4]. Thời gian nằm viện của bệnh nhân bỏng nhiễm COVID-19 tương đồng với nghiên cứu của Ngô Minh Đức và cộng sự, ngày nằm điều trị tăng dần từ bỏng diện tích nhỏ đến khoảng diện tích từ 50% đến 59% [6].

5. KẾT LUẬN

Bệnh nhân bỏng nhiễm COVID-19 là nhóm bệnh nhân cần chăm sóc, điều trị đặc biệt. Công tác điều trị bệnh nhân cần đi kèm các biện pháp phòng, chống dịch, ngăn chặn dịch bùng phát trong cơ sở y tế. Thời gian điều trị bệnh nhân bỏng nhiễm COVID-19 kéo dài hơn bệnh nhân bỏng không mắc COVID-19 mặc dù hầu hết các bệnh nhân mắc COVID-19 mức độ nhẹ. Tất cả các bệnh nhân bỏng mắc COVID-19 đều được điều trị, chăm sóc chu đáo, không có tai biến, biến chứng trong quá trình điều trị, bệnh nhân được điều trị khỏi và ra viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rybarczyk M. M., Schafer J. M., Elm C. M. et al (2017) A systematic review of burn injuries in low and middle-income countries: Epidemiology in the WHO-defined African Region. *African journal of emergency medicine*.7(1): 30-37.
2. Emami Zeydi A, Ghazanfari MJ, Shaikhi Sanandaj F, Panahi R, Mortazavi H, Karimifar K, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): a literature review from a nursing perspective. *BioMedicine* 2021;11:5-14.
3. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *lancet* 2020;395:507-13.
4. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *Jama* 2020; 323:1061-9.
5. Yang X, Yu Y, Xu J, Shu H, Xia J, Liu H, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med* 2020;8:475-81.
6. Smith ACD, Miranda BH, Strong B, Jica RCI, Pinto-Lopes R, Khan W, et al. St Andrew's COVID-19 surgery safety (StACS) study: the Burns Centre experience. *Burns* 2021;47 (7):1547-55.
7. Laura P, José A, Nikki A, Khaled A, Barret JP, Jeffery C, et al. Impact of COVID-19 on global burn care. *Burns* 2021.
8. Valente TM, de Souza Ferreira LP, da Silva RA, Leite JMRS, Tiraboschi FA, de Camargo Barboza MC. Brazil Covid-19: Change of hospitalizations and deaths due to burn injury? *Burns* 2021;47:499.
9. Hohl DH, Coltro PS, Silva GM, Silveira VG, Farina JA. Covid-19 quarantine has increased the incidence of ethyl alcohol burns. *Burns* 2020;47:1212.

10. Demircan M. Increased admissions and hospitalizations to pediatric burn center during COVID-19 pandemic. *Burns* 2021;47:487-8.
11. Sethuraman U, Stankovic C, Singer A, Vitale L, Krouse CB, Cloutier D, et al. Burn visits to a pediatric burn center during the COVID-19 pandemic and 'Stay at home' period. *Burns* 2021;47:491-2.
12. Fouadi FE, Ababou K, Belkouch A, El Khatib K, Siah S. Burn patients' management during the COVID-19 pandemic: an institutional report from the Mohammed Vth Teaching Armed Forces Hospital in Morocco. *Burns* 2020;46:1718-9.
13. Azzena B, Perozzo FAG, De Lazzari A, Valotto G, Pontini A. Burn Unit admission and management protocol during COVID-19 pandemic. *Burns* 2021;47:52-7.
14. Kumar S, Kain R, More A, Sheth S, Arumugam PK. Burns and COVID-19 Initial Experience and Challenges. *J Burn Care Res* 2020;42:794-800.
15. Huang Z, Zhuang D, Xiong B, Deng DX, Li H, Lai W. Occupational exposure to SARS-CoV-2 in burns treatment during the COVID-19 epidemic: specific diagnosis and treatment protocol. *Biomed Pharmacother* 2020;110:176.
16. Blake M, Roadley-Battin R, Torlinski T. Prophylactic anti-coagulation after severe burn injury in critical care settings. *Acta Med Litu* 2019;26:38-45.
17. Connors JM, Levy JH. COVID-19 and its implications for thrombosis and anticoagulation. *Blood* 2020;135:2033-40.
18. Soltany A, Hasan A, Mohanna F. Burn management during the COVID-19 pandemic: Recommendations and considerations. *Avicenna J Med* 2020;10:163-73
19. Blake M, Roadley-Battin R, Torlinski T. Prophylactic anti-coagulation after severe burn injury in critical care settings. *Acta Med Litu* 2019;26:38-45.
20. Ma S, Yuan Z, Peng Y, Chen J, Li H, Luo Q, et al. Experience and suggestion of medical practices for burns during the outbreak of COVID-19. *Burns* 2020;46:749-55.
21. Wang R, Peng Y, Jiang Y, Gu J. Managing chronic wounds during novel coronavirus pneumonia outbreak. *Burn Trauma* 2020;8:4-7
22. Huang Z, Zhuang D, Xiong B, Deng DX, Li H, Lai W. Occupational exposure to SARS-CoV-2 in burns treatment during the COVID-19 epidemic: Specific diagnosis and treatment protocol. *Biomed Pharmacother* 2020; 127:110176
23. Altiner S, Tuncal S, Ünal Y, Çöl M, Büyükkasap Ç, Pekcici MR. The effect of COVID-19 pandemic on the number of patients in burns services. *Int Wound J.* 2022;19(8):1975-1979. doi:10.1111/iwj.13797.
24. Farroha A. Effects of COVID-19 pandemic on burns epidemiology. *Burns.* 2020;46(6):1466. doi:10.1016/j.burns.2020.05.022
25. Yamamoto R, Sato Y, Matsumura K, Sasaki J. Characteristics of burn injury during COVID-19 pandemic in Tokyo: a descriptive study. *Burns Open.*2021;5:40-45. doi:10.1016/j.burnso.2021.06.007.
26. Nguyễn Thống và Đặng Tất Thắng (2015). Đánh giá thực trạng tai nạn bỏng trẻ em tại Khoa Bỏng, Bệnh viện Saint Paul, Hà Nội trong 5 năm từ 2010 - 2014. *Tạp chí Y học thăm hỏi và Bỏng.* số 2 (2015): tr. 30-35.
27. Ngô Minh Đức (2020) Đặc điểm quân nhân bị bỏng điều trị tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia trong 10 năm (2008-2017). *Tạp chí Y học Thăm hỏi và Bỏng.* Số 2 (2020): tr. 7-15.
28. Lê Tiến Dũng, Phạm Văn Công, Trịnh Văn Trung, Nguyễn Thanh Xuân, La Quang Hồ, Đinh Công Phò, Lương Công Thức, Trần Viết Tiến (2021) Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân Covid-19 có bệnh lý nền điều trị tại Bệnh viện dã chiến truyền nhiễm số 2, Bệnh viện Quân y 103. *Tạp chí Y Dược học Quân sự.* Số đặc biệt về chuyên đề Covid-19: 162-167.
29. Đặng Hoàng Nga, Nguyễn Hải Yến, Nguyễn Thị Hạnh (2015). Tình hình thu dung và điều trị bỏng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên. *Tạp chí Y học thăm hỏi và Bỏng.* số 2 (2015): tr. 54-60.
30. Nguyễn Quang Đông (2015). Đánh giá tình trạng rối loạn đông máu ở bệnh nhân bỏng nặng. *Tạp chí Y học Thăm hỏi và Bỏng,* số 2 (2015).